revista venezolana de estudios de la mujer
Vol. 31, Nº 66 I, julio-diciembre 2026

Cuidar en la desigualdad: una mirada interseccional a los cuidados en salud en América Latina

Christian Camilo García Reyes

Tecnólogo en Regencia de Farmacia por la Universidad Santiago de Cali (Colombia). Ha desarrollado trabajos reflexivos sobre determinantes sociales de la salud y políticas de cuidado en América Latina.

ORCID: 0009-0006-7307-3042

Resumen

Las desigualdades en cuidados de salud se configuran por intersecciones de género, raza, clase y territorio que generan barreras específicas para mujeres racializadas, pobres y migrantes en América Latina. Este ensayo emplea la perspectiva interseccional para analizar cómo estas matrices de opresión exacerban la sobrecarga de cuidados familiares y limitan el acceso equitativo a servicios. El objetivo es mapear patrones bibliográficos e identificar políticas diferenciadas. El aporte propone lineamientos para una APS interseccional y el uso de datos desagregados, visibilizando privilegios acumulados, jerarquías corporales y asimetrías territoriales, y contribuyendo al feminismo decolonial aplicado a políticas públicas de cuidado.

PALABRAS CLAVES: interseccionalidad, cuidados en salud, equidad en salud, América Latina

Abstract

Health care inequalities are shaped by intersections of gender, race, class, and territory, generating specific barriers for racialized, poor, and migrant women in Latin America. This essay applies an intersectional perspective to analyze how these matrices of oppression intensify the burden of family caregiving and restrict equitable access to services. The objective is to map bibliographic patterns and identify differentiated policy approaches. The contribution proposes guidelines for intersectional primary health care and the use of disaggregated data, making accumulated privileges, bodily hierarchies, and territorial asymmetries visible, while contributing to decolonial feminist approaches to public care policies.

KEYWORD: intersectionality, health care practices, health equity, Latin America

Introduccion

Los cuidados en salud constituyen un campo central para la reproducción de la vida, pero también un espacio donde se expresan y reproducen profundas desigualdades sociales. Lejos de ser prácticas neutras o meramente técnicas, los procesos de atención están atravesados por relaciones de poder que configuran quién cuida, quién es cuidado y bajo qué condiciones. En América Latina, marcada por brechas socioeconómicas persistentes, sistemas de salud fragmentados y una histórica división sexual del trabajo, estas dinámicas adquieren formas particularmente complejas, afectando de manera diferenciada a mujeres y poblaciones socialmente marginadas.

Comprender esta complejidad exige trascender el ámbito biomédico e incorporar las dimensiones sociales, económicas y territoriales que inciden directamente en las experiencias de enfermedad y atención. En este escenario, el enfoque interseccional, introducido por Kimberlé Crenshaw y enriquecido en la región por perspectivas feministas y decoloniales, ofrece una herramienta analítica, epistémica y política fundamental. Este enfoque permite examinar cómo ejes como género, clase, raza y territorio se entrecruzan, produciendo formas específicas de exclusión, al tiempo que cuestiona la pretendida universalidad del conocimiento médico hegemónico y reconoce saberes situados y experiencias corporizadas.

Esta intersección se hace palpable, por ejemplo, en la experiencia de una mujer rural e indígena, para quien las barreras de acceso, la falta de pertinencia cultural y la sobrecarga del trabajo de cuidado no constituyen obstáculos aislados, sino un entramado singular de opresiones que condiciona su relación con el sistema de salud.

Desde este marco, el presente ensayo tiene como objetivo analizar los cuidados en salud desde una perspectiva interseccional, evidenciando cómo género, clase y territorio configuran experiencias desiguales de atención en contextos latinoamericanos. A partir de una revisión bibliográfica y una reflexión ético-política, se busca visibilizar estas dinámicas estructurales y aportar elementos para repensar los cuidados como un derecho social fundamental, orientado hacia la equidad y la justicia social.

Enfoque metodológico y posicionamiento ético-político

El presente trabajo corresponde a un ensayo teórico-reflexivo sustentado en una revisión bibliográfica crítica de literatura académica reciente en salud pública, estudios feministas, bioética social y economía política del cuidado, con énfasis en producciones situadas en América Latina. La selección de fuentes priorizó artículos indexados, informes regionales y obras teóricas relevantes que abordan las desigualdades en salud desde perspectivas interseccionales.

El análisis se desarrolla desde un enfoque interseccional, que articula género, clase social, territorio y experiencia corporal como ejes co-constitutivos de las desigualdades en los cuidados en salud. Esta aproximación permite comprender la producción social de la enfermedad y del cuidado más allá de variables aisladas, integrando dimensiones estructurales, históricas y relacionales.

Desde un posicionamiento ético-político, el artículo se inscribe en la bioética social latinoamericana y el feminismo interseccional, comprendiendo el cuidado como un fenómeno estructural, relacional y políticamente situado, atravesado por relaciones históricas de poder. Más que producir evidencia empírica primaria, el objetivo es integrar marcos teóricos contemporáneos para construir una lectura crítica del cuidado como derecho social, visibilizando las condiciones materiales y simbólicas que configuran experiencias desiguales de atención y orientando la reflexión hacia horizontes de equidad y justicia social.

Marco teórico: Interseccionalidad y cuidados en salud

La interseccionalidad se formuló desde los estudios feministas como una aproximación crítica para superar análisis unidimensionales de las desigualdades sociales y conceptuales. Este enfoque propone que categorías como género, raza y clase no deben examinarse de manera aislada, sino como ejes que se entrecruzan y producen formas específicas de opresión y exclusión (Couto et al., 2019). En el campo de la salud pública, la interseccionalidad ha emergido como una herramienta teórico-metodológica fundamental para comprender disparidades sanitarias que no surgen de variables aisladas, sino de la interacción compleja de múltiples determinantes sociales (Routen et al., 2023).

La adopción de esta perspectiva analítica permite visibilizar por qué el acceso a servicios de salud y los resultados sanitarios varían dramáticamente entre subgrupos poblacionales que podrían parecer similares bajo enfoques convencionales. Por ejemplo, en estudios sobre la pandemia de COVID-19, el uso de marcos interseccionales ha revelado que los impactos en la salud no se distribuyeron de manera homogénea, afectando de forma desproporcionada a personas que experimentan desigualdades múltiples, como mujeres de bajos ingresos y residentes en áreas rurales (Salami & Tulli-Shah, 2024). Este tipo de evidencia refuerza la importancia de desplazar los análisis lineales hacia aproximaciones que reconozcan la simultaneidad y co-constitución de ejes sociales.

Economía política del cuidado: trabajo, género y desigualdad

El análisis interseccional se complementa con la economía política del cuidado, un campo que examina cómo las estructuras sociales y económicas distribuyen desigualmente las cargas del trabajo de cuidado, tanto remunerado como no remunerado.

Autoras como Silvia Federici han demostrado cómo la división sexual del trabajo ha asignado históricamente la responsabilidad del cuidado predominantemente a las mujeres, naturalizando esta labor y despojándola de reconocimiento social y económico (Federici, 2004). Aunque esta obra no proviene de la literatura biomédica ni está indexada en PubMed, su aporte teórico es clave para comprender los fundamentos estructurales del cuidado en sociedades modernas.

Perspectivas contemporáneas respaldan esta crítica y subrayan la necesidad de que las políticas públicas e instituciones redistribuyan la carga del cuidado para avanzar hacia la equidad. En el contexto latinoamericano, organismos como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han señalado que abordar las brechas en determinantes sociales —como el trabajo no remunerado y la precarización laboral— es crucial para mejorar tanto el acceso a la atención en salud como la calidad de los cuidados recibidos (CEPAL, 2023; CEPAL, 2025). Bajo este enfoque, el cuidado no se entiende como una acción meramente individual, sino como un componente estructural interdependiente de relaciones de poder y prioridades políticas.

Cuerpos Inter seccionados: biología, poder y experiencia en salud

Los enfoques críticos sobre el cuerpo proponen comprenderlo no como un sustrato biológico neutral, sino como el locus donde se materializan las desigualdades sociales. Según Rita Segato, el cuerpo funciona como un "archivo viviente" de las relaciones históricas de dominación, lo que implica que las experiencias de salud y enfermedad están intrínsecamente ligadas a estructuras sociales que configuran exclusión y sufrimiento diferencial (Segato, 2016). Esta perspectiva complementa la lógica interseccional al situar al cuerpo como punto de convergencia entre poder social, identidad y condiciones materiales de vida.

La evidencia científica reciente corrobora esta imbricación entre lo social y lo biológico. Revisiones de literatura sobre los determinantes sociales de la salud muestran que la intersección de múltiples factores —como género, estatus socioeconómico y residencia rural/urbana— se asocia con diferencias significativas en mortalidad y morbilidad entre grupos sociales, diferencias que no pueden explicarse por un solo determinante aislado (Flaubert, 2021). De manera similar, estudios sobre salud mental han evidenciado que las disparidades en el acceso y uso de servicios no dependen únicamente de diagnósticos clínicos, sino de la interacción compleja de múltiples identidades sociales y condiciones estructurales (Bauer et al., 2021). Estos hallazgos respaldan la necesidad de enfoques interseccionales en la formulación de políticas y prácticas más equitativas en salud.

En conjunto, estos marcos teóricos permiten una comprensión multidimensional de los cuidados en salud: no como prácticas técnicas neutras, sino como fenómenos

profundamente políticos y estructurales en los que se articulan desigualdades Inter seccionadas, economías de cuidado desiguales y corporalidades marcadas por el poder social. Esta comprensión es fundamental para orientar análisis críticos, investigaciones futuras y la formulación de políticas públicas que promuevan la equidad en salud desde una perspectiva situada en las realidades latinoamericanas.

Cruces interseccionales en los cuidados en salud

La organización del trabajo de cuidado en salud está profundamente marcada por la dimensión de género. En América Latina, aunque las mujeres conforman una mayoría significativa de la fuerza laboral de salud, esta predominancia numérica no garantiza equidad ni reconocimiento profesional. Estudios muestran que persisten brechas salariales, subrepresentación en posiciones de liderazgo y menor valoración de especialidades feminizadas dentro de los sistemas de salud (Knaul et al., 2022). Estos fenómenos reflejan que la simple presencia cuantitativa no se traduce en poder, visibilidad ni condiciones laborales justas para las trabajadoras de la salud.

Más allá de los espacios formales, el cuidado no remunerado en hogares y comunidades recae desproporcionadamente sobre mujeres, lo que limita sus oportunidades económicas, educativas y de autocuidado. Este trabajo invisible sostiene no solo a familias sino también a sistemas de salud insuficientes y fragmentados, reproduciendo una "crisis de los cuidados" que afecta especialmente a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad (Oliveira & Pereira, 2024). Cuando esta carga se inter secta con otras categorías como raza o etnia, sus efectos se intensifican: mujeres indígenas y afrodescendientes enfrentan mayores barreras de acceso a servicios de salud y reportan experiencias de discriminación institucional más frecuentes que sus pares (Cabieses, 2023).

Desde una perspectiva bioética crítica, estas desigualdades plantean dilemas fundamentales sobre el reconocimiento y la redistribución de las cargas del cuidado. La pregunta ética central no es únicamente cómo mejorar la provisión de servicios, sino cómo reorganizar socialmente la tarea de cuidar para que no recaiga injustamente sobre grupos ya vulnerabilidades, respetando la autonomía y el bienestar de quienes cuidan.

Clase social: el estrato económico como determinante de acceso y calidad

La clase social configura de manera decisiva las trayectorias de salud, determinando tanto el acceso como la calidad de la atención recibida. En la región latinoamericana, una de las más desiguales del mundo, la estratificación económica se traduce en profundas diferencias estructurales: capacidad de pago, recursos educativos, condiciones laborales y proximidad geográfica a servicios de salud (Oliveira & Pereira, 2024).

Una revisión reciente señala que quienes se encuentran en los estratos socioeconómicos más bajos enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de atención primaria, además de costos indirectos significativos como transporte y pérdida de ingresos (Oliveira & Pereira, 2024).

La clase social también influye en la calidad de la atención: personas con bajos recursos dependen con mayor frecuencia de servicios públicos saturados y fragmentados, enfrentan tiempos de espera prolongados y son más propensas a recibir atención despersonalizada o incompleta. Estas desigualdades no son meras fallas puntuales del sistema, sino la expresión de prioridades políticas y modelos económicos que privilegian la eficiencia y la rentabilidad sobre la equidad y el derecho universal (Oliveira & Pereira, 2024).

Un análisis interseccional durante la pandemia de COVID-19 en Brasil mostró que las poblaciones en la intersección de pobreza, baja escolaridad y racialización tuvieron menor acceso a servicios privados y enfrentaron resultados sanitarios más adversos, evidenciando que la clase social opera conjuntamente con otros ejes de desigualdad para determinar la experiencia de cuidado (Silva et al., 2023). Estos hallazgos reflejan cómo la injusticia distributiva en salud emerge de estructuras económicas que condicionan vida y bienestar desde antes de la enfermedad.

En términos bioéticos, esta configuración plantea el imperativo de garantizar que la calidad de la atención no esté condicionada por la capacidad económica. Las políticas de salud deben trascender enfoques asistencialistas para adoptar modelos de justicia social en salud que cuestionen las estructuras que producen y reproducen estas diferencias.

Territorio: geografías de inclusión y exclusión en salud

El territorio —entendido como el espacio geográfico, social y político donde las personas viven— es un eje analítico clave para comprender la distribución desigual de los cuidados. En América Latina, las profundas desigualdades territoriales son el resultado de procesos históricos de desarrollo desigual y estructuras de poder que han creado geografías de exclusión, donde la oferta de servicios sanitarios es escasa, de baja calidad o simplemente inexistente (Oliveira & Pereira, 2024).

Las barreras geoespaciales —distancias significativas a los centros de salud, falta de transporte público, infraestructura vial deficiente y ausencia de servicios básicos— no solo limitan el acceso físico a la atención, sino que también implican mayores costos de tiempo, dinero y esfuerzo para las personas que buscan atención médica. Estas barreras territoriales se intensifican cuando se intersectan con desigualdades de género y clase: mujeres y personas de bajos ingresos en zonas rurales enfrentan costos adicionales que frecuentemente retrasan o impiden la atención oportuna.

Además, contextos marcados por conflictos armados, violencia estructural o migración forzada reproducen experiencias de desconfianza hacia los sistemas institucionales de salud, agravando la vulnerabilidad de poblaciones marginadas y creando lo que puede describirse como una doble exclusión: geográfica y social. Desde la bioética social, esta dimensión territorial exige repensar los principios de equidad y justicia: no basta con garantizar la disponibilidad de servicios, sino que se debe asegurar su accesibilidad real en todos los territorios, reconociendo las diferencias contextuales y dirigiendo recursos de manera compensatoria para corregir desigualdades históricas.

La experiencia corporal de la enfermedad: interseccionalidad encarnada

La enfermedad y el cuidado son, en esencia, experiencias corporales moldeadas por contextos sociales, culturales y políticos. El cuerpo no es un receptor pasivo de dolencias, sino un territorio donde se inscriben las marcas de la desigualdad y las relaciones de poder. Bajo un enfoque interseccional, la corporalidad se entiende como la convergencia de identidades, condiciones materiales de vida y sistemas de atención, que conjuntamente determinan cómo una persona vive la enfermedad y accede al cuidado.

Análisis interseccionales sugieren que, durante la pandemia de COVID-19 en Brasil, las personas ubicadas en intersecciones de desventaja (como mujeres negras y pobres) no solo tuvieron menos acceso a servicios, sino que también experimentaron una atención de peor calidad y mayores niveles de desamparo emocional, contribuyendo a peores resultados de salud (Silva et al., 2023). Esto muestra que las desigualdades no se expresan únicamente en indicadores cuantitativos, sino también en la calidad vivida del cuidado, la relación con el personal de salud y la sensibilidad del sistema frente a las realidades situadas.

La diversidad corporal —incluyendo discapacidad, identidades de género diversas y corporalidades racializadas— enfrenta barreras adicionales de estigma, incomprensión y falta de adecuación de los servicios. Por ejemplo, personas LGBTIQ+ experimentan no solo condiciones clínicas específicas, sino también discriminación estructural y violencia social que afectan su salud mental y física, lo que requiere respuestas que vayan más allá del modelo biomédico tradicional.

Una ética del cuidado encarnada demanda una praxis sanitaria con sensibilidad contextual, que incorpore competencias culturales en los equipos de salud, valore saberes comunitarios y diseñe intervenciones que reconozcan la diversidad de experiencias corporales y subjetividades. Los cruces analizados —género, clase social, territorio y experiencia corporal— evidencian que los cuidados en salud no pueden concebirse como simples prácticas técnicas o servicios sanitarios neutros. Por el contrario, son

fenómenos estructurales y políticos, producidos y reproducidos por jerarquías sociales que determinan quién accede, cómo accede y con qué calidad se cuida. Una perspectiva interseccional no solo enriquece el análisis académico, sino que ofrece un marco ético imprescindible para orientar políticas públicas e intervenciones que afronten las desigualdades desde su complejidad, trabajando activamente para desmantelar las barreras que perpetúan la injusticia en salud.

Implicaciones ético-políticas de un enfoque interseccional en los cuidados en salud

El análisis de los cruces interseccionales en los cuidados en salud revela que las desigualdades observadas no constituyen anomalías del sistema, sino expresiones estructurales de modelos sanitarios organizados bajo lógicas biomédicas, productivistas y mercantilizadas. Frente a esta evidencia, se hace necesario trascender el diagnóstico para interrogar sus implicaciones ético-políticas: ¿qué principios deben orientar una práctica del cuidado que reconozca y enfrente estas desigualdades?, ¿qué transformaciones institucionales y políticas son necesarias? Esta sección propone cuatro ejes reflexivos para avanzar hacia una praxis del cuidado fundamentada en la justicia social y la equidad interseccional.

Crítica al modelo biomédico y tránsito hacia paradigmas integrales

El modelo biomédico hegemónico, centrado en la enfermedad individual y en intervenciones técnico-clínicas estandarizadas, presenta limitaciones estructurales para abordar desigualdades interseccionales. Al privilegiar diagnósticos universalistas y respuestas protocolizadas, este modelo invisibiliza sistemáticamente las condiciones sociales que configuran los procesos de salud-enfermedad (Krieger, 2005). Esta lógica, eficaz para tratar patologías agudas, resulta insuficiente —y a menudo iatrogénica— frente a padecimientos crónicos y sufrimientos sociales producidos por la desigualdad.

Desde una perspectiva interseccional, la salud se revela no como un fenómeno biológico aislado, sino como un proceso socialmente producido en contextos de poder desigual. El énfasis biomédico en la eficiencia y la medicalización desplaza dimensiones fundamentales como la carga del trabajo de cuidado no remunerado, el estrés crónico asociado a la discriminación o las barreras geográficas y económicas al acceso. Superar estas limitaciones exige transitar hacia paradigmas integrales que incorporen enfoques de salud colectiva, perspectivas territoriales y comprensiones culturalmente situadas de la enfermedad (Breilh, 2021).

El cuidado como derecho social y responsabilidad colectiva

Una de las implicaciones éticas más urgentes que se desprende del análisis interseccional es la necesidad de reconceptualizar el cuidado como un derecho social fundamental, y no como una responsabilidad individual o familiar —predominantemente feminizada. La distribución desigual del trabajo de cuidado revela una organización social que naturaliza su asignación a mujeres, especialmente a aquellas ubicadas en intersecciones de pobreza, racialización o precariedad laboral (Federici, 2004; CEPAL, 2022).

Esta reconceptualización tiene profundas consecuencias políticas. Reconocer el cuidado como derecho implica ampliar la noción de ciudadanía para incluir la protección de la vulnerabilidad y la interdependencia como dimensiones constitutivas de lo humano (Tronto, 2013). Asimismo, exige el diseño de sistemas integrales de cuidados que aseguren servicios accesibles, de calidad y culturalmente pertinentes, al tiempo que redistribuyan equitativamente sus cargas entre géneros, generaciones, Estado y mercado. Bioéticamente, este giro desplaza el foco desde la responsabilidad individual hacia la corresponsabilidad social, situando la dignidad humana y la reproducción de la vida en el centro de la política pública.

Diseño de políticas públicas con lente interseccional

Abordar las desigualdades interseccionales en salud requiere políticas públicas que reconozcan explícitamente y actúen sobre la interacción entre género, clase, territorio, etnia y corporalidad. Las intervenciones universales, aunque necesarias, resultan insuficientes si no se acompañan de estrategias diferenciadas y afirmativas dirigidas a grupos en situaciones de vulnerabilidad interseccional (Hankivsky, 2014).

Una política con lente interseccional implica, en la práctica: desarrollar diagnósticos situados que identifiquen barreras específicas en territorios y poblaciones concretas; promover la participación comunitaria en el diseño e implementación de programas; establecer mecanismos de redistribución compensatoria de recursos hacia áreas y grupos históricamente postergados; y fortalecer sistemas de información que desagreguen datos por múltiples variables para visibilizar brechas interseccionales. Esto supone transitar de modelos homogéneos de atención hacia enfoques situados y flexibles, capaces de responder a la diversidad de contextos rurales, poblaciones indígenas, personas migrantes y corporalidades no normativas. Sin estos componentes, las políticas corren el riesgo de reproducir, bajo un lenguaje aparentemente inclusivo, las mismas jerarquías que buscan transformar.

La justicia social en salud como horizonte ético-político

Finalmente, el enfoque interseccional conduce necesariamente a anclar la reflexión sobre los cuidados en una concepción amplia de justicia social en salud. Las

desigualdades analizadas no son inevitables ni naturales: son el resultado de decisiones políticas, modelos económicos y estructuras históricas que distribuyen de manera desigual el bienestar, el sufrimiento y las oportunidades de vida (Farmer, 2005).

Desde la bioética social, la justicia en salud implica garantizar no solo acceso a servicios, sino condiciones materiales dignas, reconocimiento de la diversidad y participación en las decisiones que afectan la vida comunitaria. Esto exige ampliar el campo de la ética más allá de la relación clínica individual, incorporando dimensiones estructurales como la pobreza, el racismo, el sexismo y la exclusión territorial como objetos centrales de análisis y acción moral.

Pensar los cuidados desde la justicia social implica, por tanto, un compromiso político con la transformación de las condiciones que producen enfermedad y limitan el acceso a una vida saludable. No se trata únicamente de mejorar indicadores sanitarios, sino de construir sociedades donde el cuidado —en su sentido más amplio— sea un derecho garantizado, una práctica colectiva y un principio organizador de la convivencia, orientado al bienestar común y a la dignificación de todas las formas de vida.

Conclusiones

Este artículo desarrolló un análisis interseccional de los cuidados en salud, evidenciando cómo género, clase social, territorio y experiencia corporal se articulan para producir desigualdades estructurales en el acceso, la calidad y el reconocimiento del cuidado. Estas dimensiones no operan de manera aislada, sino que se entrecruzan y refuerzan mutuamente, configurando trayectorias de salud profundamente desiguales que afectan de forma desproporcionada a mujeres, poblaciones empobrecidas, comunidades racializadas y territorios históricamente marginados.

Uno de los principales aportes de este trabajo consiste en situar el cuidado como un campo político atravesado por relaciones de poder que determinan quién cuida, quién recibe atención y bajo qué condiciones. El análisis muestra que la feminización del cuidado, la segmentación socioeconómica de los sistemas sanitarios, las exclusiones territoriales y la invisibilizarían de corporalidades diversas no constituyen fallas accidentales, sino expresiones de estructuras sociales que priorizan de forma sistemática la eficiencia técnica y la lógica mercantil por sobre la justicia social y la dignidad humana.

Desde una perspectiva bioética crítica, estas desigualdades interpelan directamente los principios de equidad, autonomía y justicia. La salud no puede comprenderse únicamente como un resultado clínico, sino como un proceso socialmente producido, en el que las condiciones materiales de vida, el reconocimiento simbólico y la participación política desempeñan un papel central. Incorporar una lente interseccional

permite, así, desplazar el foco desde intervenciones fragmentadas hacia una comprensión integral del cuidado como práctica situada, relacional y encarnada.

En el plano teórico, el artículo articula los aportes de la interseccionalidad con la bioética social y la epidemiología crítica latinoamericana, proponiendo un marco analítico integrado que amplía la comprensión del cuidado más allá del ámbito clínico, como dimensión fundamental de la reproducción social. En el plano práctico, se subraya la necesidad de políticas públicas con enfoque territorial, participativo y culturalmente pertinente —como los sistemas nacionales de cuidados o los programas de salud intercultural—, capaces de responder a la diversidad de trayectorias vitales y contextos sociales.

Finalmente, se plantea un llamado explícito a transformar las políticas de salud desde una lógica de corresponsabilidad social. Reconocer el cuidado como un derecho implica avanzar hacia sistemas integrales que redistribuyan equitativamente sus cargas, fortalezcan los servicios públicos, incorporen la voz de las comunidades y prioricen a los grupos en situación de vulnerabilidad interseccional. Ello requiere superar modelos biomédicos reduccionistas y adoptar marcos de justicia social en salud que aborden las causas estructurales del sufrimiento, incluyendo la pobreza, el racismo, el sexismo y la exclusión territorial.

Pensar los cuidados desde una perspectiva interseccional no constituye únicamente un ejercicio académico, sino un compromiso ético y político con la transformación de las condiciones que producen desigualdad. En un contexto latinoamericano marcado por profundas brechas sociales, situar el cuidado en el centro de la agenda pública emerge como una condición indispensable para garantizar vidas dignas, fortalecer el tejido social y avanzar hacia sistemas de salud verdaderamente inclusivos y democráticos.

Referencias Bibliograficas

Bauer, G.R., Churchill, S.M., Mahendran, M., Walwyn, C., Lizotte, D. and Villa-Rueda, A.A. (2021) 'Intersectionality in quantitative research: a systematic review of its emergence and applications of theory and methods', SSM – Population Health, 14, 100798.

Breilh, J. (2021) Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos y rupturas. Ciudad de México: Lugar Editorial.

Cabieses, B., Delgado, I., Bernales, M. and Pedreros, C. (2023) 'Intersecciones entre enfoques de género, migración y salud en América Latina y el Caribe: una discusión basada en una revisión de alcance', The Lancet Regional Health – Americas, 21, 100498.

CEPAL (2022) La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL (2023) Salud y desigualdades en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud

para el desarrollo social inclusivo y sostenible. Santiago: CEPAL.

Couto, M.T., de Oliveira, C., Afonso, A.J. and Bittencourt, D.A. (2019) 'The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature', Salud Colectiva, 15, e1994.

Farmer, P. (2005) Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press.

Federici, S. (2004) Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.

Flaubert, J.L., Menestrel, S.L. and Williams, D.R. (2021) Social determinants of health and health equity. Washington, DC: National Academies Press.

Hankivsky, O. (2014) Intersectionality 101. Vancouver: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.

Knaul, F.M., Arreola-Ornelas, H., Touchton, M., McDonald, T. and Mendez, O. (2022) 'The feminization of medicine and population health in Latin America: a scoping review', The Lancet Regional Health – Americas, 16, 100368.

Krieger, N. (2005) Embodying inequality: epidemiologic perspectives. Amityville: Baywood Publishing Company.

Oliveira, T.S. and Pereira, A.M.M. (2024) 'Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review', Ciência & Saúde Coletiva, 29(7), e04932024.

Routen, A., Fisher, R., Apea, V., Banerjee, A., Meads, C. and Goff, L.M. (2023) 'Intersectionality in health equity research', BMJ, 383, e075077.

Salami, B. and Tulli-Shah, M. (2024) 'A scoping review of intersectional health research related to the COVID-19 pandemic', Health Promotion International, 39(3), daae068.

Segato, R.L. (2016) La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Silva, L.L.S., Lima, D.L.F., Rocha, T.A.H., da Silva, N.C., de Almeida, D.G. and de Oliveira, R.C. (2023) 'Disparities in healthcare utilization among vulnerable populations during the COVID-19 pandemic in Brazil: an intersectional analysis', International Journal for Equity in Health, 22(1), 98.

Tronto, J.C. (2013) Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press